

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- 0059161

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAMID

Date de naissance : 16-04-1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDERRAZAK AP58  
DARIC - CASABLANCA

Tél. : 0661973427

Total des frais engagés : 5091,50 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade :

Age : 71 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 17/7/23         | CSA 600           | 3092                  |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|---------|-----------------------|
|                                        | 17/7/23 | 4791.50               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins                         | Coefficient                             |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                                          | H                                       |                                              | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                                        |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

Pharmacie DIAMANT VERT  
BY BOUTOUBAA (SARL)  
Dr. Mehdi BOUTOUBAA  
Rahma GH3 N° 58 - Casablanca  
Tél: 05 22 69 78 37

CASA , Le 17/07/2023

M. ABDELHAMID MEGZARI

810.00 x 3

1) UPERIO 200 MG

1 le matin et le soir, pendant 3 mois

2) CARDENSIEL 5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3) INSPRA 50 MG

1 le matin, pendant 3 mois

4) ESAC 20

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

5) FORXIGA 10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

7) TAHOR 20

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardio-vasculaires  
98 Rue Kadi Iass Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 25 36 00



~~Uthmaniyah~~ Forxiga

Cardioaspirin

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

TAHOR

TAHOR

EXP: P.P.V  
10 2025 103 40  
LOT N°: GP9277  
103,40

EXP: P.P.V  
02 2026 103 40  
LOT N°: HA4565  
103,40

**TAHOR 20**  
28 COMPRIMÉS PELICULÉS  
6 118000 250807

TAHOR  
24

**TAHOR 20**  
28 COMPRIMÉS PELICULÉS  
6 118000 250807

EXP: P.P.V  
02 2026 103 40  
LOT N°: HA4565  
103,40

EXP: P.P.V  
02 2026 103 40  
LOT N°: HA4565  
103,40

**TAHOR 20**  
28 COMPRIMÉS PELICULÉS  
6 118000 250807

**TAHOR 20**  
28 COMPRIMÉS PELICULÉS  
6 118000 250807

C1 PET 40

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH



6 118001 031733

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH



6 118001 031733

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH



6 118001 031733

ESAC 20 mg

LOT 144150  
PER 05/24  
PPV 144DH150

ESAC® 20 mg  
esoméprazole  
28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

LOT 144150  
PER 05/24  
PPV 144DH150

ESAC® 20 mg  
esoméprazole  
28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

LOT 144150  
PER 05/24  
PPV 144DH150

ESAC® 20 mg  
esoméprazole  
28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

Cardensiel®



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

نواة خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

نواة خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH



MEGZARI ABDELHAMID

Né(e) le 16.04.1952  
Age 71 ans  
Sexe Masculin  
Taille cm  
Poids kg  
Origine  
PA  
Remarque

FC 57 /min

Intervalles

RR 1048 ms  
P 148 ms  
PR 192 ms  
QRS 92 ms  
QT 410 ms  
QTc 402 ms  
(Bazett)

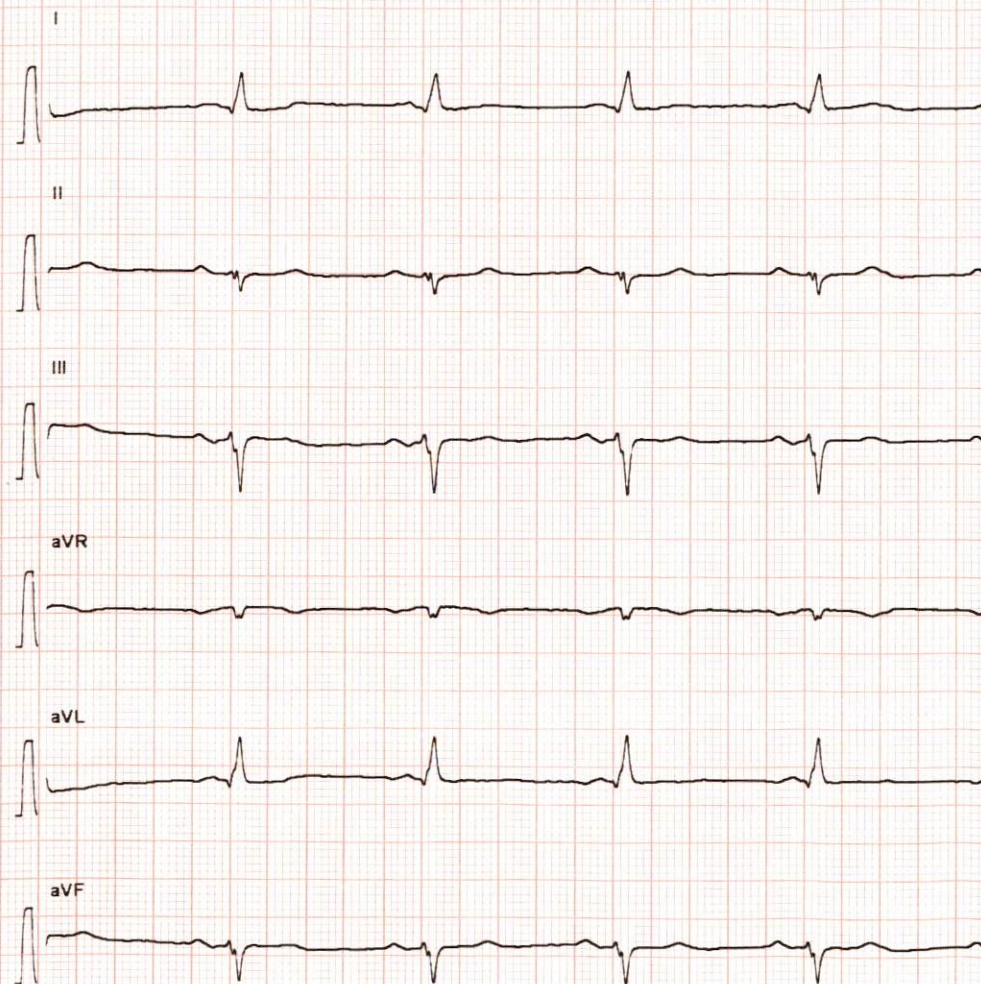
Axes

P 30 °  
QRS -46 °  
T 42 °

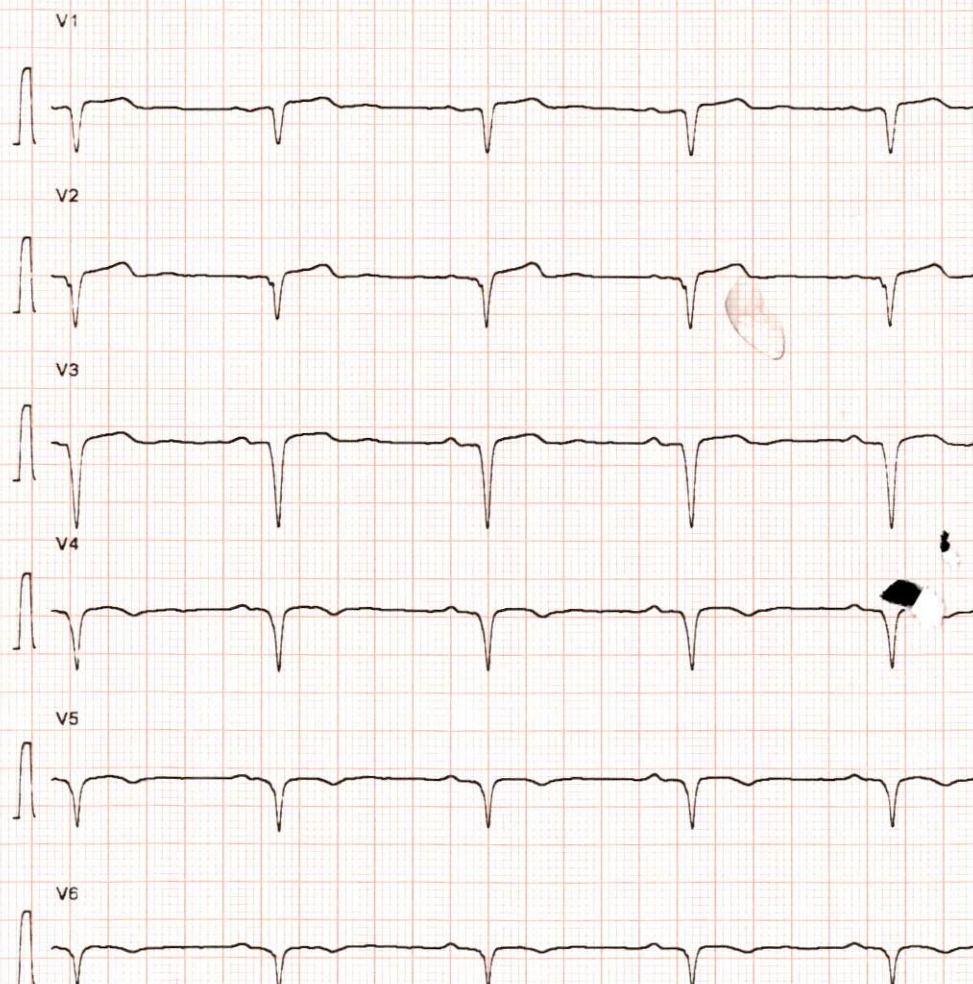
P (II) 0.09 mV  
S (V1) - mV  
R (V5) - mV  
Sokol. - mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ONDE P ELARGIE, POSITION  
HYPERGAUCHE, QRS(T) MODIFIE., INFARCTUS ANTER., AGE  
INDETERMINE

RI6.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s



10 mm/mV 25 mm/s